

福祉医療費未支給金請求書

年 月 日

赤穂市長宛

住所

請求者 氏名

死亡者との続柄

電話 ()

年 月分(高齢期移行・重度障害者・乳幼児等・母子家庭等・高齢重度障害者)医療費を下記のとおり請求します。

死亡者 (受給者)	氏名			生年月日	年 月 日
	住所			死亡した日	年 月 日
受給者証	負担者番号			被保険者等 記号・番号	記号
	受給者番号				番号
請求内容	受診医療 機関名称			所在地	
	診療実日数	年 月 日から 年 月 日まで	日	入院 日 計 日 外来 日	領収書 金額 円
本請求の医療費については、口座振込の方法によって受領したいので、取引金融機関を次のとおり指定します。					
振込希望 金融機関名	本・支店		口座番号	普通 当座	フリガナ 口座名義

自己負担額領収証明書					
診療内容	入院(入院年月日 年 月 日)		医療の総点数	負担割合	自己負担額
	外来	月の受診年月日	総点数	金額	円
	・初回	年 月 日	点	円	円
	・2回	年 月 日	点	円	円
	・3回	年 月 日	点	円	円
・4回	年 月 日	点	円	円	
受診期間 及び日数	年 月 日から 年 月 日まで	日	入院 日 外来 日	上記のとおり診療内容で自己負担額を領収した ことを証明します。	
年 月 日			医療機関所在地 名 称 ⑩		

支給決定				係員	係長	課長
※ 審査	総点数	領収書金額 (a)	付加給付額等 (b)	一部自己負担額 (c)	支給決定額 (a)-(b)-(c)	支払年月日
	点	円	円	円	円	

※印欄は記入しないでください。

※□本人確認(□うち内容によるもの)

窓口への提出時には本人確認書類の提示が必要です。